



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## Opkomst en neergang van PTSS

Een sociologische duiding van het succes van de posttraumatische stressstoornis

Jolande Withuis

---

**SAMENVATTING** Sedert de erkenning van de posttraumatische stressstoornis is het idee trauma in Nederland geanalyseerd geraakt. Historische analyse van de erkenning van PTSS in 1980, toen deze stoornis werd opgenomen in de DSM, brengt drie belangrijke sociale en politieke actoren aan het licht: de emancipatiebewegingen van Vietnamveteranen en mishandelde vrouwen, en de ontdekking van de 'late gevolgen' van de Tweede Wereldoorlog. In Nederland was vooral de oorlog van belang. De overeenkomst tussen die drie groepen slachtoffers is dat zij wilden dat hun klachten werden geïnterpreteerd als een 'ziekte' die niet werd veroorzaakt door hun persoonlijkheid of hun actuele gedrag en situatie, maar door een traumatisch verleden.

---

### Inleiding

Anders dan de lezers van *Dth* gewend zijn, gaat dit artikel niet over het behandelen van een psychische stoornis, maar over het maatschappelijk succes ervan. Psychiatrie en psychologie ontwikkelen zich niet in een laboratorium en niet in een historisch en maatschappelijk vacuüm. Een medisch-sociologische en historische analyse van de wetenschappelijke inzichten van de psychiatrie en de psychologie maakt andere mechanismen en dynamieken zichtbaar en geeft ziekten een ander aanzien dan vanuit het perspectief van therapeuten en patiënten.

De posttraumatische stressstoornis bestaat dit jaar precies dertig jaar. Dat betekent dat PTSS voor het merendeel der behandelaars tot de professionele basiskennis behoort. De ouderen, die niet met PTSS zijn opgeleid, herinneren zich waarschijnlijk nog goed dat het psy-

DR. J. WITHUIS is als socioloog verbonden aan het Nederlands Instituut voor Oorlogstrauma. Haar biografie, *Weest manlijk, zijt sterk*, over verzetsheld Pim Boellaard, werd bekroond met de Grote Geschiedenisprijs 2008 en de Erik Hazelhoff Biografieprijs 2009. E-mail: j.withuis@niod.knaw.nl.

chootrauma zijn intrede deed en vervolgens snel verbreiding vond. Die verbreiding heeft een bredere relevantie dan alleen de psychotherapie. De term 'trauma' is steno voor een manier van denken over hoe wij als samenleving menen te moeten omgaan met ernstige negatieve ervaringen. Het succes van het begrip trauma onthult iets over onze kijk op mensen en op het leven.

#### Waar kwam het begrip trauma rond 1980 vandaan?

Direct na de Tweede Wereldoorlog, toen er alle aanleiding toe was, werd het woord zelden of nooit gebruikt. Dat de oorlog medische gevolgen zou kunnen hebben, werd terdege beseft, maar die eventuele schade werd vooral beschouwd als effect van honger en er werd aangenomen dat die van korte duur zou zijn. In de dikke Van Dale van tien jaar na de oorlog die ik van mijn vader heb geërfd, staat het begrip trauma nog louter omschreven als een fysieke verwonding. Het lemma beslaat zegge en schrijve één regel. Het werkwoord 'verwerken' slaat in diezelfde Van Dale niet op rouw maar op 'de omzetting van turf in cokes'. Zoals je nu een gemiddeld publiek moet uitleggen wat cokes zijn, had men toen geen idee van wat een trauma was.

Dat is nauwelijks nog voorstelbaar. Trauma behoort inmiddels tot onze sociale vocabulaire. Helaas is met de brede en snelle verbreiding de waarde van het begrip aangetast. Duidde trauma oorspronkelijk een ervaring aan die door zijn extremiteit buiten het bespreekbare viel, inmiddels hoort het bij het alledaagse gekwebbel.

Ik ben ooit begonnen voorbeelden te verzamelen van die woordinflatie. Bij de begrafenis van Pim Fortuyn sprak een politiek verslaggever over 'duizenden ernstig getraumatiseerde mensen'. Bij zijn herbegrafenis enkele maanden later verklaarde een mevrouw die de man zelfs nooit had ontmoet, dat dit 'de laatste fase was van haar verwerking'. In de *NRC* legde een beroemde voetballer uit dat na 'alle tegenslagen die hij in zijn leven had moeten verduren' (hij doelde op knieblessures), de nederlaag van Oranje een 'traumatische ervaring' was. Najaar 2008 eiste een mevrouw die geen lot had gekocht in de postcodeloterij, een vergoeding wegens psychische schade. Zij kon niet verdragen dat al haar burens rijk waren geworden.

Al dit soort aanstellerij wordt meestal in grote ernst aangehoord, niemand schiet in de lach, en er is steevast een letselschadeadvocaat of psychotraumatoloog die zo'n claim ondersteunt door te schermen met PTSS. Sterker nog: het wordt van hogerhand aangemoedigd zichzelf als potentieel traumaslachtoffer te beschouwen. Na het ongeluk in 2008 met een vliegtuig van Turkish Airlines werden omwonenden van Schiphol opgezadeld met collectieve slachtofferhulp

waaraan zij niet de minste behoefte hadden. Logisch, want dit waren mensen die niet zelf in het vliegtuig hadden gezeten en van wie ook geen dierbaren waren verongelukt.<sup>1</sup>

De *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD, in het Nederlands PTSS) werd in 1980 opgenomen in het *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-III), het internationaal gehanteerde classificatiesysteem van de *American Psychiatric Association*, dat om de zoveel jaar wordt bijgewerkt. Ook op dit moment weer is een commissie bezig te onderhandelen over hoe precies een traumatische ervaring moet worden gedefinieerd.

Nu wekt opname in zo'n officiële lijst de indruk dat er een echte, nieuwe medische ontdekking is gedaan, zoals hiv, aids, Q-koorts of Mexicaanse griep. Ook PTSS werd als zo'n ontdekking gepresenteerd, maar dat was het niet. Veel meer dan in het geval van virussen en bacteriën gaat het bij dit type klachten om afspraken over hoe we iets zullen noemen en hoe we ermee zullen omgaan. Dat er een sterk sociaal aspect kleeft aan de DSM, blijkt ook wel uit het feit dat bij dezelfde gelegenheid dat PTSS werd erkend, ook werd besloten om homoseksualiteit nu maar eens als psychische stoornis te schrappen.

Uit de verslagen over de gang van zaken bij het DSM-congres van 1980 valt niet anders te concluderen dan dat PTSS ten minste evenzeer een politieke als een medische uitvinding was. De kern van de beslissing die met de acceptatie van PTSS werd genomen, luidt dat normale mensen aan abnormale belevingen een psychische stoornis kunnen overhouden. Met PTSS werd vastgelegd dat iemand die na een ramp, een oorlog of een ongeluk klachten houdt, geen aansteller is en ook niet al tevoren een kneusje was. De ramp op zich is een afdoende oorzaak van zijn ziekte.

### Sociale bewegingen

Als we PTSS zien als uitkomst van sociale en historische ontwikkelingen, dringt zich de vraag op waarom deze stoornis nu juist rond 1980 in beeld kwam.

Er speelde toen een aantal relevante kwesties. Ten eerste had Amerika een paar jaar daarvoor een controversiële oorlog verloren. Tijdens die oorlog deden zich nog geen grote problemen voor. Er werd in Vietnam weinig gevochten, op de thuishavens was ruim-

<sup>1</sup> Zie ook: *Kramp na de ramp. Een kritische beschouwing op de hulpverlening bij rampen*. Utrecht: Slachtofferhulp Nederland, 2010.

schoots voorzien in entertainment en er waren de nieuwe benzodiazepinen. Maar eenmaal voorgoed terug bleken ex-soldaten niet in staat de draad op te pakken. Anders dan de Tweede Wereldoorlog, *The Good War*, was de Vietnamoorlog geen oorlog om trots van thuis te komen en geen oorlog die voorrang gaf bij het vinden van werk. Dat zij niet als helden werden ingehaald vergrootte het schuldgevoel van de thuiscomers én maakte hen woedend.

Rond 1970 begonnen enkele psychiaters en maatschappelijk werkers een patroon te zien in de gewelddaden van ex-soldaten. Zij vermoedden een verband met hun oorlogsverleden en gingen voor rechtbanken als deskundigen getuigen over het 'Post Vietnam Syndrome'. Die verspreide initiatieven sloegen aan, zowel onder behandelaars die niet wisten wat ze met deze clientèle aan moesten als onder de schare nog niet als patiënt erkende patiënten. Terwijl de officiële medische wereld lange tijd geen verband wilde leggen tussen oorlogsverledens en werkloosheid, drankmisbruik, drugs, geweld, moord en zelfmoord, 'rapten' op allerlei campussen veteranen over hun situatie en ervaringen.

Een tweede sociale beweging die in diezelfde tijd publieke erkenning zocht voor tot dan toe onzichtbaar gebleven privé-leed, was de vrouwenbeweging. Feministen ontdekten dat meer vrouwen dan vermoed verkrachting, incest en mishandeling hadden doorgemaakt en dat deze ervaringen langdurige psychische schade konden aanrichten. Ze maakten duidelijk dat de reden dat mishandelde vrouwen of incestslachtoffers niet wegliepen, niet zoiets was als een 'masochistische persoonlijkheidsstoornis', zoals tot dan toe was gesuggereerd. Dat ze niet wegliepen was niet omdat ze graag werden vernederd en misbruikt, maar omdat ze als gevolg van traumatisering niet tot vertrekken in staat waren. Er bleken vrouwen in gekkenhuizen te zijn opgesloten aan wie simpelweg nooit was gevraagd of ze in het verleden wellicht slachtoffer van verkrachting of incest waren geweest.

De derde beslissende invloed op de erkenning van PTSS was de ontdekking dat in de VS en West-Europa nog heel wat overlevenden leden onder de 'late gevolgen' van de Tweede Wereldoorlog. Met name kampoverlevenden meldden een breed spectrum aan klachten dat indertijd werd samengevat onder het etiket KZ- of postconcentratiekampsyndroom. In Nederland was het vooral deze factor, de oorlog, waardoor het besef groeide dat ingrijpende belevissen een lange schaduw kunnen hebben. Kranten van rond 1970 tonen zonneklaar wat voor ontdekking het toen was dat er nog steeds mensen waren die elke dag aan de oorlog dachten, die nachtmerries hadden, angstig werden in de trein of in paniek raakten van een woordje Duits.

Een sleutelmoment in deze ontwikkeling was het kamerdebat rond

de drie van Breda in 1972, toen Minister van Justitie Van Agt de drie laatste nog vastzittende Duitse oorlogsmisdadigers wilde vrijlaten. Dat riep onverwacht grote tegenstand op. Op een inderhaast belegde en rechtstreeks op de televisie uitgezonden hoorzitting legden verzetssensen en joodse overlevenden de kamerleden uit waarom zij tegen vrijlating waren. Hun verhalen over hun verziekte gezondheid maakten diepe indruk, temeer daar ze werden ondersteund door de Leidse hoogleraar psychiatrie professor doctor Jan Bastiaans. In reactie op dit alles sloegen de publieke en de politieke opinie om.

Bastiaans die op de tv, in lijn met de slachtoffers, verklaarde dat vrijlating wellicht tot zelfmoorden en in elk geval tot een toename van klachten zou leiden, was tot dan toe vóór vrijlating geweest. En niet alleen hij veranderde van standpunt. Nog maar drie jaar tevoren hadden de gezamenlijke Bureaus voor de Geestelijke Volksgezondheid vrijlating bepleit, omdat vasthouden de patiënten zou fixeren in hun wrok en haat. Een dergelijke visie was nu passé. Meenden behandelaren in 1969 nog dat zij het beter wisten, spoedig daarna won de overtuiging veld dat de patiënt zélf het beste wist wat er aan schortte. Ook buiten de psychiatrie kregen de klanten meer te zeggen; studenten bijvoorbeeld eisten inspraak in de examenstof. Democratisering en nivellering dwongen deskundigen meer te luisteren naar hun cliënten en sommige deskundigen volgden die cliënten voortaan zelfs blindelings.

Daarnaast maakte Nederland in die tijd nóg een mentale omslag door. Die betrof de oorzaken van psychisch lijden. Terwijl men in 1945 de overtuiging had gekoesterd dat aandacht de gezondheid van de oorlogsslachtoffers zou schaden, vatte halverwege de jaren zeventig de omgekeerde mening post: de late oorlogsklachten zouden juist zijn veroorzaakt door een gebrek aan aandacht.

Het Nederlandse verzet had in 1945 de visie van dokters en dominees gedeeld dat aandacht voor eventuele klachten schadelijke verwennerij was en zou leiden tot chroniciteit. Nederlandse verzetsorganisaties verkondigden bij hoog en bij laag dat zij hun verzetsdaden niet hadden verricht om rijk van te worden. Zij wilden geen voorkeursbehandeling en, zoals dat heette, 'geen poespas'.

Een kwart eeuw later echter was die mentaliteit 'van tucht en ascese' verdwenen. Mensen werden minder streng, zowel voor zichzelf als voor anderen. In plaats van zwijgen werd nu spreken goud. In plaats van je te vermannen mocht je best eens uithuilen. Zich uiten was voortaan wenselijk, ook over pijnlijke zaken. Tegelijk verminderde het stigma op psychische klachten.

De opvatting dat aandacht en uitkeringen de patiënt ziek zouden houden, was anno 1945 bepaald niet uit de lucht komen vallen. Het

feit dat mensen soms ziek blijven nadat hun eventuele fysieke verwondingen of kwalen zijn genezen, was in de decennia tussen de beide wereldoorlogen onderwerp geweest van zowel internationaal als nationaal psychiatrisch debat. In Nederland was dat debat, anders dan elders, niet gevoerd naar aanleiding van de Eerste Wereldoorlog (waarin wij neutraal waren), maar in het kader van de verzekeringsgeneeskunde en de problemen die zich voordeden bij uitkeringen voor bedrijfsongevallen. Dat debat over de zogenaamde 'traumatische neurose' had zich toegespitst op twee punten: ziektewinst en premorbiditeit.

Het debat over de 'ziektewinst' betrof de vraag of mensen niet juist ziek blijven als je hen ziek verklaart en van hun dagelijkse verplichtingen ontslaat – de zogenaamde 'renteneurose'. In 1945 meende de West-Europese psychiatrie tamelijk eensgezind dat waar geen organische aandoening of schade is, ook geen ziekte bestaat. Overheden en psychiatrie vonden elkaar in een beperkte definitie van oorlogsinvaliditeit, een definitie die psychische en psychogene gevolgen nadrukkelijk uitsloot.

De tweede kwestie, de premorbiditeit, betreft de vraag naar de geestelijke gezondheid van de patiënt vóór zijn traumatische ervaring. Betwijfeld werd of iemand bij wie (na bijvoorbeeld een ongeluk) geen organische schade kan worden vastgesteld, ziek kan blijven louter ten gevolge van de psychische druk. Moest je in dat geval niet aannemen dat er al van tevoren een vergrote kwetsbaarheid bestond, door een neurose uit de kindertijd of door erfelijke aanleg voor geestesziekte? Biologisch georiënteerde zenuwartsen gingen uit van een constitutionele aanleg, psychoanalytici van een oedipaal conflict, maar beide denkrichtingen meenden dat het niet kon dat een *gezonde* volwassene door oorlogservaringen blijvend uit evenwicht raakte. Het was dit debat dat in 1980 met de erkenning van PTSS werd beslecht met het duidelijke antwoord: *jawel*, normale mensen kunnen aan abnormale belevingen een psychische stoornis overhouden.

In de praktijk werden artsen en patiënten vooral bij keuringen geconfronteerd met de kwesties ziektewinst en premorbiditeit. Voor toekenning van een oorlogsuitkering was in Nederland vereist dat iemands kwaal was veroorzaakt door de oorlog. Het was de functie van de keuringsarts om dat verband te bewijzen. Om causaliteit vast te stellen, moesten mogelijke ziektewinst en premorbiditeit worden uitgesloten, want in het geval van ziektewinst kwam de ziekte niet door de oorlog maar door de behandeling, in het geval van premorbiditeit had de oorlog een reeds bestaande zwakte geactiveerd.

Helaas was een eenduidige ziekte-oorzaak zelden aanwijsbaar. Wel bij de geamputeerde benen, tbc en hongerodeem van de eerste

naoorlogse jaren, maar niet bij latere klachten als concentratiestoornissen, vermoeidheid, gebrek aan vitaliteit, zweten, hartkloppingen, nachtmerries, slaapstoornissen en wat dies meer zij.

In de jaren zestig leidde het vaak schrijnende gebrek aan empathie en aan kennis van de oorlog bij de keuringsartsen tot jarenlange beroepsprocedures. In reactie hierop kwamen de mondig wordende oorlogsslachtoffers in verzet tegen de eis van causaliteit in de pensioenregelingen. Ook artsen wilden wel worden verlost van die lastige causaliteit. Stel dat iemand een hartinfarct krijgt. Hij rookt een pakje sigaretten per dag, heeft ernstig overgewicht en wandelt nooit verder dan naar de auto. Was dat infarct dan een gevolg van de oorlog? Zeggen van niet was voor de dokter een onprettige taak met voor de aanvrager nadelige gevolgen. En wat te doen als de patiënt zegt dat zijn destructieve levensstijl komt door zijn oorlogservaringen?

Naarmate het professioneel gezag afkalfde, de gelijkheid tussen arts en patiënt groeide en het besef van late psychische gevolgen won aan publieke bekendheid, werd het voor behandelaars moeilijker om tegen zulke claims bestand te zijn. Voor de patiënten ondertussen werd twijfel aan een causaal verband een steeds heviger steen des aanstoots. Het werd als beledigend ervaren wanneer een arts opperde dat de klachten wellicht door drank of een moeizaam huwelijk kwamen. Het werd als beledigend ervaren als werd gevraagd naar geestesziekte in de familie. Het werd als beledigend ervaren als werd gevraagd naar de gezondheid voor 1940. Patiënten én samenleving vatten dergelijke vragen in toenemende mate op als een ontkenning van de ernst van iemands oorlogservaringen. De uitkeringen gingen fungeren als bewijs van een zwaar oorlogsverleden. Wie niet ziek werd verklaard, had – zo leek het – kennelijk niets ernstigs meegemaakt. En zo'n *on*kenning wilde na een kwart eeuw *misk*enning niemand op zijn geweten hebben.

Het resultaat was dat de wet werd veranderd. Een causaal verband tussen klachten en oorlogservaring hoefde niet meer te worden bewezen; het werd voortaan aangenomen.

#### Concentratiekampsyndroom

Als gezegd speelde Bastiaans een grote rol in de erkenning van het oorlogstrauma, dat toen nog concentratiekampsyndroom heette. De pas uitgekomen bundel *Directieve Therapie* bevat een hoofdstuk, oorspronkelijk gepubliceerd in 1989, waarin Kees van der Velden een dialoog analyseert van Bastiaans en een patiënt. Van der Velden laat zien dat Bastiaans, door hem tot 'Keizer van het KZ-syndroom' gekroond, zijn patiënt de woorden ongeveer in de mond legt. Die



patiënt was PvdA-senator Eibert Meester, en Van der Velden kón dit gesprek analyseren omdat aan Eibert Meester in 1975 een boek was gewijd: *Allemaal rottigheid, allemaal ellende*, door journalist Wim Wenekes. Het boek, waarvoor Prins Bernhard een aanbevelend voorwoord had geleverd, was bedoeld om het grote publiek uitleg te geven van het KZ-syndroom, maar moest in plaats daarvan worden teruggetrokken, omdat Meester, die zich uitgaf voor verzetsheld, was ontmaskerd als een fantast (Van der Velden, 2010).

In zijn vorig jaar verschenen proefschrift analyseert psycholoog Bram Enning naast het geval-Meester nog enkele soortgelijke gevallen uit Bastiaans' praktijk (Enning, 2009). Enning toont overtuigend aan dat veel van de verschrikkelijke oorlogsherinneringen die patiënten op geleide van Bastiaans' suggesties in lange martelende sessies uit hun geheugen opdiepten, geen historische werkelijkheid kunnen zijn. Niettemin was Bastiaans' theorie dat hun genezing berustte op dit naar boven halen van verdrongen gruwelervaringen.

Uit het werk van Enning en Van der Velden komt een schrijnend gebrek aan kritische zin naar voren van samenleving, overheid en collega's jegens Bastiaans, en in diens voetspoor tevens een gebrek aan kritische zin jegens patiënten. Zo had bijvoorbeeld de ontmaskering van Meester generlei consequenties voor zijn behandelaar of diens theorie.

Met de kennis van nu kun je de medische omgang rond 1970 met de lijdens of vermeende lijdens aan een oorlogstrauma analyseren als een schadelijke collusie: het vleit de patiënt dat de dokter zegt dat zijn stoornis door de oorlog komt – dus dat hij geen gek is, maar een held. Het vleit de dokter als de patiënt dankbaar is, omdat eindelijk iemand in deze barre wereld hem begrijpt en het voor hem opneemt; een *win-winsituatie* in hedendaags Nederlands.

Zoals tien jaar later Amerika met PTSS een eervolle oplossing vond voor haar onaangepaste Vietnamveteranen, zo kwam Nederland rond 1970 zijn oorlogsslachtoffers tegemoet. Waarom, zo was in brede kring de gedachte, zou men deze mensen die al zoveel hadden moeten doorstaan nog eens het leven zuur maken met procedures en keuringen? Dit was een generatie die zich nog schaamde voor zijn klachten en bovendien al ongeveer pensioengerechtigd was. Zij wilden de geruststelling dat ze geen gewone gekken waren, en evenmin aanstellers, maar dat ze een echte ziekte hadden, die niet in henzelf zat maar was veroorzaakt door de oorlog. Dat was eervol en leverde respect op.

## Terug bij af

Het is precies die dynamiek waarin de overeenkomst ligt tussen het oorlogstrauma en de PTSS van de Vietnamveteranen en de mishandelde vrouwen. Ook dat waren zich emanciperende groepen die de maatschappelijke erkenning zochten dat hun klachten niet aan henzelf lagen, of aan hun persoonlijkheid, of aan hun actuele situatie. Het kwam door wat ze hadden doorgemaakt – door hun verleden. Zij verlangden dat de traumatische ervaring als enige oorzaak werd erkend en dat factoren als voorgeschiedenis en persoonlijkheid in de verklaring van hun lijden werden uitgesloten. En ze kregen hun zin.

Die overwinning was des te opmerkelijker als we kijken naar de systematiek en methodiek van de DSM-III. De DSM pretendeerde namelijk louter een ordening van symptomen te zijn en zich juist te onthouden van controversiële speculaties omtrent de oorzaken van ziekten. Of schizofrenie nu kwam door een liefdeloze moeder of door een chemisch tekort in een brein, dat deed er niet toe, als behandelars, ongeacht hoe zij over de oorzaken dachten, op dezelfde symptomen maar hetzelfde etiket plakten. Er is maar één stoornis waarbij het *Manual* afweek van zijn eigen doelstellingen: bij PTSS werd nadrukkelijk wél een oorzaak vastgelegd en dat was er, even nadrukkelijk, maar één: de traumatische ervaring.

Daarmee was het hek van de dam. De slogan die het publiek overhield aan alle aandacht voor PTSS luidt: als je iets ergs meemaakt, wórd je ziek en blijf je ziek. Het bleek bovendien lastig om te definiëren wat voor ervaringen tellen als trauma. In eerste instantie moest er sprake zijn van een 'confrontatie met de dood'; in de herziene DSM-III van 1987 golden alle 'buiten het normale' vallende ervaringen als trauma, dus ook bijvoorbeeld echtscheiding en werkloosheid.

Inmiddels keert de wal het schip.

In de alledaagse therapiepraktijk wordt, zij het in andere termen, allang weer gekeken naar de in 1980 taboe verklaarde factoren 'ziektewinst' en 'premorbiditeit', en wordt het verband tussen een dramatische ervaring en latere kwalen veel minder eendimensionaal opgevat dan in 1980 werd voorgeschreven.

Ook de DSM-officials zijn bezorgd geraakt over de banalisering van het begrip trauma. Zoals hoofdredacteur Nancy Andreasen het in 1995 in het editorial van de *American Journal of Psychiatry* formuleerde: 'It is rare to find a psychiatric diagnosis that anyone likes to have, but PTSD seems to be one of them.' Getracht wordt, tot nu toe overigens tamelijk vergeefs, om een beperkte omschrijving ingang te doen vinden. Zo werd de definitie van 1987 in 1994 weer geschrapt ten gunste van een stringentere omschrijving.

En zelfs de traumapropagandisten van weleer keren op hun

schreden terug. Het is komisch om te constateren dat dezelfde instellingen en pressiegroepen die eerst overal het quasi-wetenschappelijke feit hebben geïntroduceerd dat mensen na tegenslag ongeveer automatisch getraumatiseerd raken, nu een nieuw evangelie verbreiden: *resilience*. Resilience betekent veerkracht. Maar met het diagnostisch in aanmerking nemen of therapeutisch aanspreken van zo'n eventuele veerkracht wordt een persoonskenmerk ingevoerd dat losstaat van het trauma, en zijn we dus terug bij af.

#### Tot slot

Van alle landen op het Europese vasteland heeft Nederland zich het meest ontvankelijk getoond voor het traumadenken. Tussen 1970 en 1980 verdrievoudigde het aantal aanvragen voor een verzetspensioen, terwijl de populatie van potentiële aanvragers met sneltreinvaart afnam. Ook meldde zich de ene na de andere nieuwe categorie oorlogsslachtoffers: Indische gerepatrieerden, veteranen, burgergetroffenen, tewerkgestelden, tweede generatie joods, tweede generatie verzet, NSB-nakomelingen. Ook buiten het oorlogscircuit was de stroom aan getraumatiseerden niet te stuiten.

Naar de redenen voor die Nederlandse ontvankelijkheid hebben Annet Mooij en ik samen met een aantal buitenlandse auteurs onderzoek gedaan. De resultaten daarvan zijn zojuist gepubliceerd onder de titel *The Politics of War Trauma. The Aftermath of World War II in Eleven European Countries* (Withuis & Mooij, 2010). Onze conclusie is dat de bron van het Nederlandse trauma-enthousiasme de enorme impact is die de vernieuwingen van de sixties juist in Nederland hebben gehad. De sixties (die in werkelijkheid overigens de jaren zeventig waren) stonden in het teken van secularisering en emancipatie van de emotie. Geloven in God werd vervangen door Geloven in Gevoel. Die vernieuwingen hadden hier een extra impact doordat ook de voorheen verzuilde elites ze al snel omarmden. In één omvattende moderniseringsmove accepteerden die elites ook het oorlogstrauma. Elders was dat veel minder het geval.

Vóór 1970 was Nederland juist relatief zuinig geweest waar het om de zorg voor oorlogsslachtoffers ging. We verschilden daarin met name van Frankrijk, waar het verzet al in 1945 een stelsel van medische zorg voor ex-gedepordeerden wist te verwerkelijken en waar hun klachten ook meteen werden gevat in een officiële medische term: *Pathologie des Déportés*. Tussen 1945 en 1970 bevond Nederland zich in vergelijking tot andere Europese landen qua zorg voor oorlogsslachtoffers in de achterhoede. Vanaf ongeveer 1980 werden we daar-entegen gidsland. Nederland lijkt een ietwat overdreven omslag te

hebben gemaakt. In geen West-Europees land is de proliferatie van het traumadenken zo ver doorgeslagen als bij ons.

---

ABSTRACT After the acceptance of PTSD, the idea 'trauma' in the Netherlands has become widely accepted and vulgarized. Historical analysis shows three important political and social influences on the recognition of PTSD in the DSM-III of 1980: the emancipation movements of Vietnam veterans and battered women, and the discovery of the 'late consequences' of World War II. In Holland the war was the key factor. The claim these three victim groups have in common, is that their health complaints should not be attributed to personality traits or actual behaviors and situation, but to their traumatic pasts.

---

*Literatuur*

- Enning, B. *De oorlog van Bastiaans. De LSD-behandeling van het KZ-syndroom*. Amsterdam: Augustus, 2009.
- Velden, K. van der. De les van Charcot. In: Kees van der Velden, Kees Hoogduin, Alfred Lange (ed.), *Directieve Therapie*, pp. 419-430. Amsterdam: Boom, 2010.
- Withuis, J. *Weest manlijk, zijt sterk*. Amsterdam: De Bezige Bij, 2008.
- Withuis, J. & Mooij, A. *The Politics of War Trauma. The Aftermath of World War II in Eleven European Countries*. Amsterdam: Aksant/Transact, 2010.